

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: N/1021/1158  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 01/10/21  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वाप-वर्ष  
80

SEX लिंग  
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/स्त्री का नाम

Chowdiah

S/O :- Basave Chowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS बासान व्हासिंग पला

Thalagundi village, Kengaratti, Hobli

Malavalli, Mandya

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई व्हासाने पला

- Same as above -



Re-OP Post OP  
1158 - Chowdiah

OCCUPATION:  
कामधारी

Farmer

MARRIED (जिवालित) / UNMARRIED (अजिवालित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

32,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष चित्रण)

PAN No. स्थाई गुडा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आप कर दाता हैं (जो भाव्य हो उस पर मही का विशेष सम्बन्ध)

Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	N Pramma	75	F	Wife
②	Chowdiah	43	M	Son
③	Ashwini	31	F	Daughter-In-Law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनाश आधार:

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis Proof (अन्य कोई साक्ष)
गरीबी रोज़गार के नीचे प्रशासन द्वारा (प्रशासन द्वारा की साथ प्रति संतान करो)	अवृत्त आप वर्ती प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतान करो)	प्राप्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतान करो)	अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से जारी की गई डिविडेन सूची संतान		
①	Diagnosis	- RE - Cataract LE - Cataract	
②	Surgery	LE - Cataract + PCIOL	

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही मई सहायता राशि
①	DBCS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करते हुए

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
  - I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गए सभी जिवाण में से जालकारी के अनुपात सम्म एवं भाल है। परं कईदि जिवाण एवं कथन जलाया गया जाता है तो उनी सहायता जिवाण की जा सकती है।

2) ये दाख जे जालका गया "कोलिका फार्मेसी", से नहीं जा रही है, उसका उपलेख उसी उपलेख की घूर्वे के लिये जिवा जालेगा, जे इस प्राप्ति में भाल है।

3) मैं घोषण करता हूँ कि यिस जलायन से बाहु यह प्राप्ति की गई है, इस प्राप्ति का अधिकार कालकर्ता जिवाण की जाली से न तो जिलाया है और न ही अधिकार में भी है।

AGREEMENT by APPLICANT (申請者の方)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before-or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत ना अन्ये हस्ताक्षर या अंगों की सहायता करका, मैं (आवेदक) अपनी प्राप्तिका की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पारदर्शन" और उसके नामोंसे \* को लापिकूत करता हूँ कि मैंने नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रपत में योग्यता है, उन्हे "कोशिका" एवं नामों, नाम, वाचनाएँ दूसरे डर्टरेस में युक्ती गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ भी दिये किसी भी प्रसार वाचनमें से प्राप्तयात्रित कराने के लिए अधिकृत है। मैंने प्रपत का विवरण यों हस्ताक्षर के गहरे जा बाह में कराने के लिए "कोशिका पारदर्शन" व नामों अधिकृत है।
  - 2) ऐ (आवेदक) इस बात से सहायता हूँ कि मैंने नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के डर्टरेसमें से अधिकृत हैं युक्त रूपतः सहायता का हक्काधार नहीं बनता। इस सार्वत्र में "कोशिका" प्रपत उसके नामोंसे का नियम अधिकृत और उपलब्धी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ज्ञानेत्र के द्वारा यह लंगरु का निकाल



AGREEMENT by HOSPITAL (病院の承認)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.  
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

अपने अधिकारी वक्तव्यों को लें से सामाजिकों को "समर्पित प्रतिनिधि" में विभिन्न व्यक्ति द्वारा विभिन्न की जरूरि है। ये एक व्यक्ति (व्यक्तिगत) विषय प्रकार में प्राप्त व संभिका करते हैं।

- 1) यह कि न हो भारीपन और न हो धर्मिय में विशेष सहायता दिलाई गई भारतीय संस्कृत या किसी अन्य सांस्कृत से उत्तम संस्कृतमध्ये में होने चाहे है, ऐसे कि हमने "कल्पिता पादान्वेश" ये विशेषता/विशिष्टता उत्तम के बाब्ध में "कल्पिता पादान्वेश" द्वारा प्रदर्शित किया है। यदि "कल्पिता पादान्वेश" द्वारा सहायता दिलाई भवितव्य/संभव हो तो मन्त्र नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य नहीं साकारी संभव या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुस्ति में सबसे कहा जाता है कि आपसाथ द्वितीय प्रदर्श उत्तम संस्कृतमध्ये होने किसी नहीं साकारी संभव या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं संभव होती।

२. "कोलिंग काटाउन्देशन" से रही वर्ग मतापाता बैठक विधिव प्रकृति की है। ऐसी पर हास्यकल द्वारा रही वर्ग मतापाता पर किये गये उपचार/प्रक्रिया का भूत्ता एवं एवं हास्यकल के बीच का विषय है और "कोलिंग काटाउन्देशन" द्वारा कियी प्रकार का आर्थ राख वही है। इसलिये हास्यकल में ऐसी के इलाज सुनाया और अने जाने को मार्हि जिमांगए होंगे। एवं हास्यकल की हांगी और "कोलिंग" की कार्य प्रक्रिया पर किसीसे सम्पर्क में नहीं होये।

---

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

**Date of Surgery**

Dr. Nagash B N  
Consultant, Medical Superintendent,  
Coms. Cataract & Refractive Surgeon/  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Name of Doc & Regn. No. with Stamp)  
KMC Hospital, 6, 2nd floor, A Wing, A

  
Mr. Lakshmi Pathi N  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Address of Event Convenor/Signatory)  
Institute for the Welfare of the Blind  
(A unit of Sri Aurobindo Hospital Trust)  
1604, Thirumalai Street, Anna Salai, Tirusulam Area.

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION

第二章

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
ग्राही व्यक्ति १

SIGNATURE of TRUSTEE 2

*Safary*

२०१० अक्टूबर २